FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958

N° 465

# THESE

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DELAPORTE FRANÇOISE

Née le 13 Décembre 1929 à Clichy (SEINE)

*Présentée et soutenue publiquement le* *1958*

## *A PROPOS D'UN CAS DE SYPHILIS MALIGNE PRECOCE*

*PRESIDENT : Monsieur le Professeur DEGOS*

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIVe

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N°

# THESE

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DELAPORTE FRANÇOISE

Née le 13 Décembre 1929 à Clichy (SEINE)

*Présentée et soutenue publiquement le 1958*

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

## *A PROPOS D'UN CAS DE SYPHILIS MALIGNE PRECOCE*

*PRESIDENT : Monsieur le Professeur DEGOS*

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS XIVe

## PROFESSEURS HONORAIRES :

BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.) LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.) LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.), SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E).

Doyen : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur : ..... Jean VERNE.

## I.- PROFESSEURS

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie | | CORDIER (G.) |
| Anatomie Pathologique | | DELARUE (A.) |
| Bactériologie | | FASQUELLE (R.) |
| Biochimie Médicale | | JAYLE (M.F.) |
| Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports | | CHAILLEY-BERT (P.) |
| Biologie Médicale | | FAUVERT (R.) |
| Cancérologie Médicale et sociale | | BERNARD (J.) |
| Clinique de cardiologie | | MOUQUIN (M.) |
| Cliniques Chirurgicales | Beaujon | SICARD (A.) |
| | Cochin | QUENU (J.) |
| | Hôtel-Dieu | MENEGAUX (G.) |
| | Salpêtrière | MOULONGUET (P.) |
| Clinique chirurg. réparatrice et orthopédique | | MERLE D'AUBIGNE (R.) |
| Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire | | de GAUDART-D'ALLAINES (F.) |
| Clinique de Chirurg. infantile et orthopédie | | FEVRE (M.) |
| Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire | | MATHEY (J.) |
| Clinique gynécologique | | FUNCK-BRENTANO (P.) |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | | DEGOS (R.) |
| Clinique des maladies des enfants | | CATHALA (J.) |
| Clinique des maladies infectieuses | | MOLLARET (P.) |
| Clinique des maladies mentales & de l'encéphale | | DELAY (J.) |
| Clinique des maladies métaboliques | | HAMBURGER (J.) |
| Clinique des maladies du sang | | MARCHAL |
| Clinique des maladies du système nerveux | | ALAJOUANINE (T.) |
| Cliniques Médicales | Bichat | JUSTIN-BESANCON (L.) |
| | Broussais | DE GENNES (L.) |
| | Cochin | MOREAU (R.) |
| | Hôtel-Dieu | BARIETY (M.) |
| Clinique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique | | DEBRAY (G.) |
| Clinique Médicale propédeutique | | PASTEUR VALLERY-RADOT (L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition | | BOULIN (R.) |
| Clinique de neuro-chirurgie | | PETIT-DUTAILLIS (D.) |
| Cliniques Obstétricales | Baudelocque | LACOMME (M.) |
| | Port-Royal | VARANGOT (J.) |

| | |
|---|---|
| Clinique d'Obstétrique et de gynécologie | LANTUEJOUL (P.) |
| Clinique Ophtalmologique | RENARD (G.) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | AUBIN (A.) |
| Clinique de pneumo-phtisiologie | BERNARD (E.) |
| Clinique psychiatrique infantile | HEUYER (G.) |
| Clinique de puériculture | LELONG (M.) |
| Clinique rhumatologique médicale et sociale | COSTE (F.) |
| Clinique stomatologique | DECHAUME (M.) |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | SENEQUE (J.) |
| Clinique thérapeutique médicale | LEMAIRE (A.) |
| Clinique urologique | FEY (B.) |
| Embryologie | GIROUD (A.) |
| Génétique médicale | LAMY (M.) |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | SOULIE (P.) |
| Histologie | VERNE (J.) |
| Hygiène et clinique de la première enfance | TURPIN (R.) |
| Hygiène et médecine préventive | JOANNON (C.) |
| Médecine légale | PIEDELIEVRE (R.) |
| Médecine du travail | DESOILLE (H.) |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | GALLIARD (H.) |
| Pathologie Chirurgicale | COUVELAIRE (R.) |
| Pathologie exotique | LAVIER (G.) |
| Pathologie expérimentale et comparée | LENEGRE (J.) |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel) | MERKLEN (F.) |
| Pathologie médicale | DECOURT (J.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | CARCIN (J.) |
| Pédiatrie sociale | MARIE (J.) |
| Pharmacologie et matière médicale | HAZARD (R.) |
| Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) | DOGNON (A.) |
| Physiologie | BINET (L.) |
| Physique médicale | STROHL (A.) |
| Radiologie médicale | DESCREZ (H.) |
| Technique chirurgicale | PATEL (J.) |
| Thérapeutique | BROUET (G.) |

## II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
## MAITRES de CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

| | |
|---|---|
| Anatomie | DELMAS (A.) pr.s.ch.<br>CABROL (C.)<br>DEBEYRE (J.)<br>OLIVIER (G.) |
| Anatomie Pathologique | GAUTHIER-VILLARS Mlle P. pr. s. ch.<br>BUSSER (F.)<br>GOUYGOU (Ch.) |
| Bactériologie | NEVOT (A.) pr.s.ch.<br>CHRISTOL (D.) |
| Biochimie médicale | ETTORI (J.) pr.s.ch.<br>DESCREZ (P.)<br>POLONOVSKI (J.)<br>SCHAPIRA (R.) |

| | |
|---|---|
| Biologie Médicale | BOURLIERE (F.) |
| Dermato-syphilligraphie | DUPERRAT (F.) |
| Embryologie | TUCHMANN-DUPLESSIS (H.) |
| Histologie | COUJARD (R.)<br>N...<br>N... |
| Hydrologie | CORNET (A.) |
| Hygiène | BOYER (J.) pr.s.ch.<br>DEPARIS (M.) pr.s.ch. |
| Maladies Infectieuses | BASTIN (R.) |
| Médecine Légale | DEROBERT (L.) pr.s.ch.<br>GAULTIER (M.)<br>HADENGUE (A.) |
| Médecine du Travail | ALBAHARY (C.) |
| Neuro-chirurgie | DAVID (M.) |
| Neurologie | LHERMITTE (F.) |
| Obstétrique | GRASSET (J.)<br>LE LORIER (G.)<br>LEPAGE (F.)<br>MERCER (R.)<br>MORIN (P.)<br>RAVINA (J.)<br>ROBEY (M.) |
| Ophtalmologie | BRECEAT (P.)<br>DESVIGNES (P.) |
| Orthopédie | JUDET (R.) |
| Oto-rhino-laryngologie | AUBRY (M.)<br>MADURO (R.) |
| Parasitologie | BRUMPT (L.G.)<br>CHABAUD (A.) |
| Pathologie chirurgicale | ABOULKER (P.)<br>BARCAT (J.)<br>BAUMANN (J.)<br>CAUCHOIX (J.) |
| Pathologie Chirurgicale | DUBOST (C.)<br>FAUREL (J.)<br>FLABEAU (F.)<br>GERMAIN (A.)<br>GOSSET (J.)<br>LAURENCE (G.)<br>LORTAT-JACOB (J.)<br>MATHEY (J.)<br>OLIVIER (Cl.)<br>POILLEUX (F.)<br>THOMERET (G.)<br>VERNE (J.M.) |
| Pathologie expérimentale | LOEPER (J.)<br>MAURICE (P.) |

| | |
|---|---|
| Pathologie médicale | BOUDIN (G.)<br>BOUVIER (J.B.)<br>BRICAIRE (H.)<br>BRISSAUD (H.)<br>CASTAIGNE (P.)<br>CONTE (M.)<br>DEROT (M.)<br>DOMART (A.)<br>LAMOTTE (M.)<br>LAROCHE (C.P.<br>MACREZ (C.)<br>MILLIEZ (P.)<br>PEQUIGNOT (H.)<br>PERRAULT (M.)<br>RAMBERT (P.)<br>ROYER (P.)<br>THIEFFRY (St.)<br>TURIAF (J.)<br>WOLFROMM (R.)<br>N... |
| Pédiatrie | JOSEPH (R.)<br>MOZZICONACCI (P.)<br>POLONOVSKY (Cl.) |
| Pharmacologie | CHEYMOL (J.)pr.s.ch.<br>LEVY (Mlle J)pr.s.ch. |
| Physiologie | BARJETON (D.)pr.s.ch.<br>PARROT (J.) pr.s.ch.<br>DEJOURS (P.) |
| Physique médicale | DJOURND (A.)pr.s.ch.<br>GOUGEROT (L.) |
| Pneumo-Phtisiologie | KREIS (B.) |
| Psychiatrie | PICHOT (P.) |
| Psychiatrie infantile | MICHAUX (L.) |
| Rhumatologie | DELBARRE (F.) |
| Stomatologie | CERNEA (P.)<br>CHAPUT (Mme A.) |
| Thérapeutique | CHASSAGNE (P.) |
| Urologie | KUSS (R.) |

## III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

| | |
|---|---|
| Clinique chirurgicale | AMELINE (A.)<br>HUGUIER (J.)<br>LEGER (L.)<br>PADOVANI (P.)<br>ROUX (M.) |
| Clinique médicale | DREYFUS (Gilbert)<br>HAGUENAU (J.) pr.s.ch.<br>KOURILSKY (R.)<br>MARCHAL (G.) |
| Clinique neurologique | DE SEZE (S.) |
| Clinique obstétricale | MAYER (M.) |
| Clinique ophtalmologique | OFFRET (G.) |
| Clinique pédiatrique | LAPLANE (R.) |
| Clinique psychiatrique | BARUK (H.) |

==========

Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL (J.)
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

---

Conservateur, chargé de la direction ... M. le Dr. HAHN (A.)
Conservateur ..... Mlle GOICHON (A.)
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

---

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

=-=-=-=-=-=-=-=-=

A MES PARENTS,

Qui m'ont toujours encouragée de leur tendresse.

A MES BEAUX-PARENTS,

Qui m'ont témoigné leur grande affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A MON MARI et à MON FILS,

Modeste témoignage de mon attachement.

A NOTRE PRESIDENT de THESE :

Monsieur le Professeur D E G O S

Professeur de Clinique
des Maladies Cutanées et Syphilitiques

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse,

Hommage sincère de notre respec-
tueuse reconnaissance,

A NOTRE MAITRE :

Monsieur le Professeur Agrégé D U P E R R A T

Qui nous a inspiré ce travail et guidé
de ses précieux conseils, en nous
témoignant une grande bienveillance.

Nos remerciements sincères et respectueux.

A Monsieur le Docteur T H E R E T

Qui nous a aidé de ses conseils.

A Messieurs les Docteurs G O L E, D A G U E T et K A U F M A N

Et à TOUS MES MAITRES des HOPITAUX de PARIS

# INTRODUCTION

L'étude de la syphilis a passionné plusieurs générations de médecins et de chercheurs ; elle a tenu, dans la pratique qyotidienne, comme dans la haute médecine de recherche, une place si importante que la seule bibliographie de cette redoutable maladie suffirait à constituer un ouvrage de plusieurs centaines de pages.

C'est dire avec quelle appréhension nous nous proposons d'apporter notre modeste contribution à cette étude.

A l'heure où plus d'un praticien affirme avec soulagement que la régression de cette affection est telle que bientôt on la considérera comme exceptionnelle, que les traitements actuels permettent enfin d'entrevoir son extinction peut-être pour demain, il nous paraît pourtant utile, par cette étude, d'attirer l'attention à propos d'un cas de

SYPHILIS MALIGNE PRECOCE

traitée, de façon importante, par l'antibiothérapie pour laquelle on a pratiqué un très large éventail de réactions sérologiques, sur le fait que, s'il est vrai, comme le montrent les statistiques récentes, que la régression de la syphilis est certaine et que l'on peut, dans un avenir relativement proche, espérer ne plus assister à la redoutable efflorescence des effroyables manifestations tardives de ce fléau, il est toutefois prudent de continuer, comme par le passé, à manifester vis-à-vis de cette maladie, la même circonspection et la même attention thérapeutique.

Nous pensons, par notre travail, apporter des arguments en faveur de l'utilité et du bien-fondé de cette attitude.

Nous assistons, en effet, chez notre malade, à la récidive, malgré un traitement moderne correctement instauré, d'une syphilis d'allure évolutive rapide et présentant des caractères certains de malignité.

Il ne nous paraît donc pas utile, ne serait-ce que pour rappeler la possibilité de ces formes graves, de présenter cette observation concernant un cas de syphilis maligne.

Nous nous proposons d'étudier successivement :

- l'historique de cette forme particulière, ainsi que sa place dans l'étude générale de la syphilis;
- de rappeler ensuite les grandes lignes de la syphilis maligne précoce, telle qu'elle a été décrite ;
- de présenter ensuite notre observation ;
- de la discuter et de tirer enfin nos
- conclusions.

# HISTORIQUE

Alors que le "Mal Napolitain" était connu déjà depuis fort longtemps, ce n'est que dans la deuxième moitié du XIXème siècle que les médecins, abandonnant les méthodes empiriques, se sont attachés à rechercher l'étiologie des affections et à découvrir les "germes responsables" ainsi qu'à en classer les différentes manifestations.

C'est donc en pleine ère pasteurienne que les savants ont commencé l'étude des différentes formes de la syphilis, qu'ils ont brossé les tableaux de ses différents aspects cliniques et c'est BAZIN qui, pour la première fois, décrit la forme qui nous intéresse. C'est dans ses leçons magistrales qu'il fit en 1863 à l'Hôpital Saint-Louis qu'il décrivit les éruptions pustulo-vésiculeuses de la syphilis.

Plus tard, DUBUC, dans sa thèse inaugurale, en décrit les formes tuberculo-ulcéreuses.

Mais c'est FOURNIER qui donne à cette forme son nom original de SYPHILIS MALIGNE PRECOCE, tout en ne décrivant, sous cette appellation, que des éruptions secondaires non ulcéreuses mais très intenses, associées à de la fièvre, des céphalées et s'accompagnant de périostites. Il n'attache, en effet, que peu d'importance aux lésions profondément ulcéreuses de physionomie tertiaire.

Il faut attendre le début du XXème siècle pour voir se multiplier les descriptions et les précisions, concernant la syphilis maligne précoce. En 1908, on voit même QUEYRAT, dans la Société Médicale des Hôpitaux, se demander, à propos de cette forme, s'il ne s'agit pas d'une maladie différente de la syphilis et ne relevant pas de la même étiologie.

BROUSSE (1900), puis BALZER et MARIE (1910) en rapportent quelques cas, s'attachant plus particulièrement à la description du contexte clinique (association avec infection pulmonaire, angine ,...)

Mais ce n'est que beaucoup plus tard (années 1930 ...) avec MILAN, que l'on arrive à cette définition qui fait le point :

"La syphilis maligne précoce est une forme de la syphilis, "virulente d'emblée, dont on peut, selon les modalités de début, "distinguer : le type ulcéreux (FOURNIER)
, et la forme viscérale (LORTAT-JACOB)."

A la même époque (1935) COUGEROT essaie de tirer des déductions d'ordre patho génique.

Pendant et après la deuxième guerre mondiale de nombreux auteurs sud-américains (MARTY de CARDENAS, CARRERA, SMONE, MOSTO) ont rapporté des cas de syphilis maligne précoce en insistant sur son caractère récidivant après plusieurs années de latence, ces récidives s'accompagnant de manifestations viscérales très graves et en conseillant un traitement prolongé de consolidation.

En 1948, enfin, SCOTTI, en Italie, distingue, sous l'appellation unique de SYPHILIS MALIGNE PRECOCE, deux formes :

- une syphilis maligne précoce ou tertiarisme précoce, qui correspond à un passage très rapide du stade primaire au stade tertiaire,
- et une syphilis maligne précoce vraie, avec un caractère destructif dès le début et des altérations viscérales.

# RAPPEL DESCRIPTIF

# de la SYPHILIS MALIGNE PRECOCE

Ainsi que son nom même l'indique, la syphilis maligne précoce est une variété de la syphilis dont les caractéristiques sont essentiellement :

L'évolutivité rapide et la gravité de ses signes.

A savoir : une éruption généralisée ulcéreuse, à laquelle s'associent des signes généraux marqués et graves. Cette éruption apparaissant aux lieu et place de la roséole.

Dans cette forme, on constate que le Tréponème Pâle présente un certain nombre de caractères particuliers qui permettent presque d'en faire un type à part.

Ce sont :

- son affinité spéciale pour
  - le revêtement cutané,
  - et le système osseux (douleurs ostéoscopes constantes) ;
- et la sauvegarde
  - du système nerveux (pas d'évolution vers un tabès ou une paralysie générale) ;
  - et des muqueuses qui sont presque toujours épargnées.

Le Tréponème pâle semble devoir acquérir cette virulence élective et potentialisée sur un terrain généralement débile (alcoolisme grossesse, allaitement, tuberculose, misère physiologique ou morale). Peut-être l'association avec des germes : staphylocoques, streptocoques ou bacille de DUCREY, favorise-t-elle cette affinité. Toutefois, les travaux de MARIE, BALZER, puis ceux de MILIAN semblent devoir écarter cette dernière hypothèse.

Cette forme particulière revêt, dès le début de ses manifestations, des tendances caractéristiques qui doivent permettre de le suspecter.

Le chancre lui-même ne se présente jamais, en effet, sous un aspect classique. Sa tendance nettement ulcéreuse, suppurative, quelquefois même phagédénique, contraste avec l'aspect généralement bénin et peu alarmant du chancre banal d'inoculation.

Parfois, quoique rarement, l'on assiste même à une abcédation des ganglions du territoire correspondant, avec écoulement purulent. Il reste à noter que l'évolution de cette adénopathie, malgré cet aspect inquiétant, se fait vers une guérison rapide en une douzaine de jours.

Il faut attendre la période secondaire pour voir éclore l'efflorescence de lésions cutanées qui marquent cette forme.

Le plus souvent cela débute par une éruption de papules cuivrées, jambonnées, quelquefois purpuriques, peu nombreuses, mais disséminées sur tout le corps. Un soulèvement épidermique se produit bientôt sur ces papules, la vésicule se transformant rapidement en pustule recouvrant l'ulcération.

Dès le début donc la malignité de cette évolution paraît évidente.

Les lésions variant selon leur aspect initial ont permis à BAZIN d'en décrire trois formes principales :

- pustulo-crustacée,
- tuberculo-ulcéreuse
- tuberculo-ulcérante-gangréneuse.

Puis, la pustule disparaît, laissant à sa place une ulcération de taille variable, de un à deux centimètres de diamètre, ronde ou ovalaire, taillée comme à l'emporte-pièce, sur une profondeur de deux à trois millimètres ; son pourtour est régulier, son fond lisse ou suintant ou recouvert de débris purulents ; sa base n'est pas indurée.

A la périphérie de la lésion, l'épiderme est soulevé par une sérosité purulente traduisant le processus d'extension. Ce soulèvement, se désséchant parfois en collerette, est le point de départ de la guérison.

Parfois, encore, cette ulcération est recouverte d'une croûte brun-noirâtre formée par d'épais dépôts disposés concentriquement, d'aspect ostréacée, croûte se reformant, après ablation, avec une surprenante rapidité ; c'est la RUPIA syphilitique (voir photo n° 3).

Le siège électif en est la face et les membres. L'aspect des téguments voisins est pratiquement normal. Le cuir chevelu, souvent infiltré et rouge jusqu'au pavillon des oreilles, est le siège d'ulcérations surmontées de croûtes jaunâtres ; parfois elles présentent les mêmes caractères que celles se trouvant sur le corps.

L'évolution de toutes ces lésions se fait vers une cicatrisation de la collerette périphérique et du centre lésionnel, aboutissant à un aspect de cocarde.

Dans d'autres cas, la cicatrisation se complète, donnant une cicatrice leuco-mélanodermique, déprimée, qui se recouvre parfois de kéloïde. Mais souvent, hélas, l'ulcération ne se cicatrise pas et aboutit, plus ou moins vite, à une véritable mutilation. On assiste, dans certains cas, à des poussées éruptives successives qui peuvent devenir subintrantes.

L'éruption s'accompagne de signes généraux marqués, apparaissant en même temps qu'elle, ou quelquefois la précédant de plusieurs jours.

- La fièvre est constante, intermittente, rémittence ou en plateau.

- L'anémie, souvent notable, avec pâleur des téguments, accompagne un oedème blanc, mou, prenant le godet, siègeant au dos des pieds en particulier.

- Les adénopathies sont peu importantes.

- Il n'y a pas de lésions nerveuses, mais, par contre, une hépatomégalie et une splénomégalie parfois considérables.

Chez ces malades, les douleurs ostéocopes, douleurs périostiques des tibias, des cubitus, des os du crâne, la sensibilité exacerbée des ulcères, s'associent à une agitation nerveuse propre, et entraînent une insomnie constante des plus pénibles, s'ajoutant à des phénomènes respiratoires: toux sèche coqueluchoïde, bronchite, foyers congestifs.

Ce tableau d'éruption ulcéreuse et nécrotique, fébrile, va se maintenir en s'aggravant, sans aucune tendance spontanée à la rémission.

L'état général s'aggrave progressivement, l'amaigrissement devient considérable et la mort peut survenir dans la cachexie, après une évolution de plusieurs mois.

Il est bien évident que, devant ce sombre tableau, on a tout tenté pour enrayer cette tragique évolution.

Remarquablement résistante aux thérapeutiques mercurielles les plus intenses, l'apparition des arsenicaux a modifié totalement le pronostic vital de la syphilis maligne précoce et l'ère nouvelle de l'antibiothérapie a apporté au traitement de cette forme une arme nouvelle de grande efficacité.

Qu'il nous soit toutefois permis de rappeler encore ici que la posologie de ces traitements doit être, en tous cas, proportionnelle à la gravité particulière de cette forme qui, rappelons-le, a fort longtemps été fatale.

De nombreux chercheurs ont mis en évidence le Tréponème :

- dans les papules non ulcérées,
- dans la sérosité exsudée, obtenue après ablation de la pellicule dermique et de la couche superficielle du tissu atteint .

Par contre, il ne fut pas retrouvé :

- ni dans le pus des éléments crouteux,
- ni dans les lésions ulcérées.

Un fragment de papule non ulcérée, inoculée dans le testicule du lapin, a entraîné une orchite chronique volumineuse, dont le contenu ne contenait pas de tréponèmes. Une réaction de B.W. a été retrouvée négative dans le sang de ce lapin ; l'inoculation à la cornée n'a pas entraîné de kératite.

Notons aussi que les réactions sérologiques se révèlent négatives au début de cette forme et se positivent classiquement au début du traitement.

L'étude anatomo-pathologique confirme l'individualité propre de la syphilis maligne précoce, comme nous l'avons déjà remarqué au sujet des caractères spécieux du Tréponème qui en est responsable.

La destruction architecturale est extraordinaire ; l'infiltrat diffère par l'absence de plasmazellen et d'endartérite oblitérante. Par la présence d'une réaction des cellules conjonctives, d'une importante réaction téinocytaire, de nodules gommiformes

L'hyperacanthose des plaques de la syphilis secondaire est remplacée par un amincissement et un soulèvement de l'épiderme, par endroits.

Il n'y a pas de sclérose, mais une destruction du tissu conjonctif qui a tendance à s'atrophier et une destruction fragmentaire du tissu élastique.

Ce n'est donc pas une destruction d'origine vasculaire (pas d'endartérite oblitérante), mais une destruction inflammatoire primitive.

# OBSERVATION

L'histoire médicale de Mlle BL.... J., 29 ans, qui fait l'objet de notre thèse, est assez complexe. Nous pensons utile de rappeler rapidement, dès à présent, certains antécédents sérieux, dont le rôle est à éliminer ou discuter dans l'apparition, chez cette jeune femme, d'une SYPHILIS MALIGNE PRECOCE.

* * *

Dès l'âge de huit ans, puis vers dix-huit ans, deux poussées de rhumatisme articulaire aigu, typique sont à noter.

Traitées classiquement par des cures d'acide salycilique, elles évoluent toutes deux rapidement vers une résolution dont les seules séquelles paraissent être actuellement :

- un léger souffle systolique de la pointe du coeur, irradient dans l'aisselle, ainsi que :
- l'éclat du duexième bruit du coeur,
- peut-être l'augmentation considérable de la vitesse de sédimentation,
- les modifications du protéinogramme,
- le taux légèrement élevé des anti-streptolysines (520 U.) et
- la netteté de l'allergie cutanée au streptocoque.

Mais malgré ces quelques séquelles, il ne semble pas que ce banal rhumatisme articulaire aigu doive être rendu responsable de la malignité de cette forme particulière de syphilis.

Puis en 1948 et en 1952, notons l'apparition de deux épisodes tuberculeux :

- une primo-infection d'abord, avec asthénie, amaigrissement important et fièvre ;
- accompagnant un infiltrat du sommet du poumon droit et une scissurite moyenne (traitée par l'Isoniazide et P.A.S.) , la deuxième poussée apparaît en 1952.

Notons, qu'à l'heure actuelle, les radiographies pulmonaires ne montrent que quelques calcifications au voisinage de la petite scissure du poumon droit, apparemment en rapport avec la dernière poussée.

Enfin, en 1956, un accouchement prématuré, après une grossesse de sept mois, avec hydramnios et foetus mort de 1.400 grammes. On n'a pas recherché malheureusement les réactions sérologiques de ce foetus mais, par contre, on a noté qu'il n'y avait aucun signe de syphilis placentaire ou foetale apparente.

Remarquons, pour terminer ce bref rappel des antécédents, deux maternités normales en 1944 et 1948.

Mademoiselle BL...., prostituée, est adressée à l'Hôpital Saint-Louis, par l'Institut Prophylactique et hospitalisée le 3 Janvier 1957 pour des lésions ulcéro-croûteuses dont l'apparition remonte à deux semaines environ.

Six mois à peine avant cet épisode, le 20 Juillet 1956, elle avait été traitée dans le même service (Professeur DUPERRAT) pour une syphilis secondaire papulo-squameuse, psoriasiforme et généralisée ; (voir photographie n° 1), avec adénopathies axillaire droite et inguinale bilatérale. Mais, déjà à l'époque, un élément éruptif siégeant à la racine de la cuisse droite, avait attiré l'attention par son aspect ulcéro-croûteux, ainsi qu'une hyperthermie modérée à 38°. Il évolua vers la guérison en laissant une cicatrice dépigmentée, sous l'influence d'un traitement de quinze millions d'unités de Pénicilline précédé de trois injections de cyanure de Mercure.

L'institut Prophylactique qui suivant Mlle BL... depuis plusieurs années, n'a relevé ni accident primaire, ni roséole ayant pu précéder cette première éruption.

Notons encore que le reste de l'examen clinique était entièrement négatif mais qu'un fait essentiel a été remarqué concernant les réactions sérologiques ; en effet, si la réaction de BORDET-WASSERMANN, qui a été pratiquée, était bien franchement positive (+++), quantitativement, les taux étaient des plus modestes : la réaction de KLINE quantitative n'étant égale qu'à 4.

Un mois plus tard, un éventail plus large de réactions sérologiques était pratiqué, le traitement ayant été appliqué entre temps.

Quantitativement, le taux restait mod[illegible] ; nous retrouvons, en effet :

| B.W. | Hecht | Kl. | Kl.q. | Mei. | VDRL | RB |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ++ | - | +++ | 4 | +++ | +++ | +++ |

Mlle BL..., dont l'état général était excellent, était alors autorisée à quitter le service et ce n'est donc que cinq mois plus tard, en Janvier 1957, qu'il nous a été donné de la revoir.

Avant de présenter les circonstances qui ont motivé cette deuxième hospitalisation, rappelons qu'un examen pratiqué à l'ultramicroscope n'avait pas montré de tréponèmes et que l'examen histologique d'une papule fournit les renseignements suivants :

= il existait, en surface, un toit épais de squames kératosiques recouvrant un petit décollement séreux, ainsi qu'une hyperacanthose. Des infiltrats dermiques se disposent en nodules épars, composés de rares plasmocytes et de nombreux lymphocytes étaient groupés naturellement le long des axes vasculaires (Professeur Agrégé DUPERRAT).

Cinq mois après les manifestations que nous venons de décrire, l'apparition de troubles généraux qu'accompagnent de rares éléments papuleux ou ulcéro-croûteux, vont justifier la seconde hospitalisation.

Pendant cette rémission, quatre réactions de VERNES péréthynol, pratiquées par le Docteur FELHOL, ont montré :

- le 13. 9.1956 A = 0 B = - 5
- le 9.10.1956 " B = -10
- le 5.11.1956 " B = -10
- le 12.12.1956 " B = -10

L'état de Mlle BL.... est grave ; très asthénique, fortement amaigrie, présentant des douleurs ostéocopes à l'épaule gauche, qui le rendent insomniaque, elle a une fièvre qui oscille entre 38° et 39°.

L'examen se révèle entièrement négatif, si ce n'est l'ERUPTION.

Quatre lésions sont relevées :

1.- au-dessus de la commissure labiale gauche : un macaron saillant peu douloureux, de 10 millimètres de diamètre, recouvert d'une croûte brune centrale, entourée d'un halo purulent, reposant sur un socle érythémateux
(Voir photo n° 2).

2.- un élément deltoïdien : parfaitement arrondi, de 20 millimètres de diamètre, recouvert d'une croûte grisâtre très épaisse, ostréacée, évoquant immédiatement la Rupia syphilitique
(Voir photo n° 3).

3.- un élément inguinal : ovalaire, assez semblable au précédent, mais plus petit.

4.- un élément au pli du coude gauche : c'est une papule brunâtre, squameuse, non encore ulcérée.

On ne retrouve aucune autre lésion cutanée ou muqueuse, il n'y a pas d'adénopathies.

Devant ce tableau d'éruption fébrile, dont l'un des éléments est incontestablement une Rupia syphilitique, on porte le diagnostic de SYPHILIS MALIGNE PRECOCE.

Il est alors décidé d'instaurer immédiatement un nouveau traitement par la Pénicilline. On pratique donc une première injection et dès le lendemain matin une ascension thermique à 40° apparaît et l'on se trouve devant un phénomène d'HERXHEIMER.

Cet incident, de courte durée, motive une reprise encore plus progressive de la Pénicillinothérapie.

Sous l'influence de ce traitement (30 millions d'unités de Pénicilline au total, à raison de un million d'unités par jour, après la période d'augmentation progressive de la posologie), l'évolution est spectaculaire;

On assiste à une amorce rapide de la cicatrisation des quatre éléments éruptifs. La fièvre et les douleurs ayant disparu, l'état général de Mlle BL... devient très satisfaisant.

Le 30 Janvier, la croûte labiale tombe, laissant apparaître une cicatrice rose, déprimée; l'élément deltoïdien est encore incomplètement cicatrisé, rougeâtre et suintant.

1.- Première Eruption
(Juillet 1956)

2.- Elément Eruptif Labial
(Janvier 1957)

3.- Elément de Ptoïdien
(Janvier 1957)

4.- Biopsie : Infiltrat dermique; décollement en surface.

5.- Biopsie : Vaisseau dilaté et infiltré.

6.- Biopsie : un autre vaisseau; turgescence de l'endothélium, pas de thrombose.

Le 15 Février, Mlle BL.... est autorisée à partir en convalescence, tous les éléments étant cicatrisés et l'état général excellent.

Tout au long de l'évolution de cette syphilis maligne précoce, de nombreuses réactions et de nombreux examens ont été pratiqués.

Nous nous proposons de vous les présenter dans leur ordre chronologique, puis de regrouper les résultats de l'étude sérologique en un tableau récapitulatif.

Avant tout acte thérapeutique.

- Le 5.1. 1957, on pratique :

| | | Résultats |
|---|---|---|
| . la réaction de PALLIGNOST | +++ | 16 Unités |
| . " " " DEMANCHE | +++ | |
| . " " " KOLMER | +++ | 1 Unité |
| . " " " KLINE | +++ | 2 Unités |
| . " " " MEINICKE | +++ | |
| . " " du V.D.R.L. | +++ | |
| . " " de PEIN-BOSSAK | ++ | |
| . " " " HECHT | + | |
| . un test de NELSON | 100 % | Titre 200 |

Il apparaît donc que l'anomalie déjà citée, à savoir un taux extrêmement bas des anticorps, persiste, anomalie que vient confirmer le Titre du test de NELSON.

Le traitement instauré, on pratiquera, sur un mois environ

- Le 6.1.1957 : des examens sanguins :

. HEMOGRAMME :

| | | |
|---|---|---|
| formule | = globules rouges | 3.830.000/mm3 |
| | = globules blancs | 4.600/mm3 |
| | = polynucléaires neutrophiles | 59 % |
| | = " basophiles | - |
| | = " éosinophiles | 4 % |
| | = moyens mononucléaires | 10 % |
| | = grands " | 11 % |
| | = lymphocytes | 16 % |

[illegible]

. Mesure de la VITESSE DE SEDIMENTATION :

| | |
|---|---|
| = première heure | 87 |
| = deuxième " | 110 |
| = en 24 heures | 118 |

. PROTEINOGRAMME :

| | |
|---|---|
| = albumines | 45 grammes/litre |
| = globulines | 55 " " |

. ELECTROPHORESE :

| | |
|---|---|
| = Gamma-globulines | 30 % |
| = alpha-1 alpha-2 globulines | 3,8 % |
| = béta-globulines | 14 % |

Donc, vitesse de sédimentation considérablement accélérée, inversion du rapport sérine-globuline, hyper gammaglobulinémie.

Un examen de recherche de Tréponème à l'ULTRA-MICROSCOPE reste négatif : l'intra-dermo réaction à la tuberculine est positive (réaction banale, peu intense).

- Le 16.1.1957, on pratique une :

. INTRA-DERMO-REACTION à la LUTEINE : dès la 36ème heure, on note l'apparition d'une papule de 5 mm. de diamètre, acuminée, furonculoïde, et dont l'induration persiste 15 jours. Donc, réaction intense et durable dont le témoin reste entièrement négatif.

- Le 16.1.1957 : nouvel éventail de réactions sérologiques avec ce résultats :

| | | |
|---|---|---|
| . la réaction de PALLIGNOST | +++ | 16 Unités |
| . " " " DEMANCHE | +++ | |
| . " " " KOLMER | +++ | 8 Unités |
| . " " " KLINE | +++ | 8 Unités |
| . le test de NELSON | 100 % | Titre 200 |

- Le 19.1.1957, on répète ces examens :

- la réaction de PALLIGNOST +++ 16 Unités
- " " " DEMANCHE +++
- " " " KOLMER +++ 16 Unités
- " " " KLINE +++ 4 Unités
- le test de NELSON 100 % Titre 250.

Et l'on pratique les nouvelles réactions suivantes :

- la réaction du V.D.R.L. ++
- " " de REIN-BOSSAK ++
- " " " MEINICKE +++

- Le 23.1.1957, on pratique les tests microbiens qui se montrent positifs pour le STREPTOCOQUE,
  négatifs " l'entérocoque
  " le staphylocoque
  " le colibacille.

- Le 8.2.1957, on pratique à nouveau :
  - la réaction de PALLIGNOST +++
  - " " " DEMANCHE +++
  - " " " KOLMER +++
  - " " " KLINE +++ 4 unités.

- Le 12.2.1957, enfin, un dernier :
  - Test de NELSON : il se révèle identique au précédent :
    soit à 100% Titre 250.

Rappelons, pour terminer, les résultats de l'examen histologique d'une biopsie pratiquée sur l'élément siégeant au pli du coude :

- Le 16.1.1957 :

"Il existe en surface des squames-croûtes fort épaisses, "sur un soulèvelent épidermique.

"L'épiderme est le siège d'une papillomatose assez "irrégulière, certains prolongements sont très développés

"d'autres, au contraire, sont effilochés ; d'autres encore "sont en voie d'atrophie.

"Tout le derme papillaire est le siège d'un infiltrat "cellulaire très compact. (Voir photo n° 4).

"Le pourcentage des plasmocytes est considérable; certaines "plages sont uniquement plasmocytaires, mais, en d'autres points "et surtout à la périphérie, ce sont les lymphocytes qui prédo-"minent. Le taux des polynucléaires demeure peu élevé.

"Nous avons étudié tout spécialement les vaisseaux. Ils "sont dilatés, présentant un endothélium turgescent, mais aucun "d'eux ne présente de nécrose fibrinoïde.

"Au total, c'est une grosse papule dermo-épidermique "croûteuse, dont le composant principal est le plasmome du "corps papillaire."

(Professeur Agrégé DUPERRAT).

Après cet exposé de l'étude de notre observation, nous en abordons, maintenant, la discussion en trois points :

- Est-ce bien une syphilis maligne précoce ?
- Que devons-nous penser du traitement ?
- Que peut-on tirer des examens et réactions pratiquées ?

TABLEAU RECAPITULATIF des EXAMENS SEROLOGIQUES

pratiqués en JANVIER 1957.

| | en date du : | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Réactions | 5.1 | 16.1 | 19.1 | 23.1 | 8.2 | 12.2 |
| PALLIGNOST | +++ 16 U. | +++ 16 U. | +++ 16 U. | | | |
| DEMANCHE | +++ | +++ | +++ | | +++ | |
| KOLMER | +++ 1 U. | +++ 8 U. | +++ 16 U. | | +++ | |
| KLINE | +++ 2 U. | +++ 8 U. | +++ 4 U. | | +++ 4 U. | +++ |
| MEINICKE | +++ | | +++ | | | |
| V.D.R.L. | +++ | | ++ | | | |
| REIN-BOSSAK | ++ | | ++ | | | |
| HECHT | + | | | | | |
| Test de NELSON | 100 % titre 200 | 100 % titre 200 | 100 % T. 250 | | | 100 % T. 250 |

(Docteur DAGUET).

# DISCUSSION DE NOTRE OBSERVATION

En principe, cette observation pose un problème classique, à savoir :

= la discussion traditionnelle entre :

. SYPHILIS MALIGNE PRECOCE
et
. TERTIARISME PRECOCE.

Sans doute ce problème a-t-il perdu grandement de son intérêt, d'une part, avec la raréfaction de la syphilis, d'autre part, avec l'arbitrage thérapeutique de la pénicilline.

Cependant, son intérêt rebondit avec les nouvelles techniques immunologiques. C'est pourquoi nous allons l'étudier avec quelques détails :

1.- En faveur de la Syphilis maligne précoce notre observation comporte :

. l'aspect général de la malade,
. la pâleur,
. l'asthénie
. le fébricule,
. et surtout : l'aspect rupioide des éléments éruptifs, contrastant avec l'absence d'adénopathies.

Un autre argument est la rechute survenue malgré un traitement important. Enfin, à la rigueur, un dernier argument pourrait être le faible taux de la sérologie.

2.- Par contre, en faveur du tertiarisme précoce, on pourrait invoquer :

. l'absence de chancre phagédénique,
. l'aspect nécrotique hyperallergique de l'éruption,
. et, enfin, et surtout, le caractère hyperpositif du luo-test.

En fait, cette discussion apparaît bien théorique :

1.- En effet, la définition même de syphilis maligne précoce n'a jamais été nette. Rappelons que FOURNIER et MILIAN avaient, sur ce

point, des conceptions différentes et que pour le maître incontesté de la syphiligraphie française, la syphilis maligne précoce comportait les cas riches en accidents céphalalgiques, périostés, sensoriels, etc, etc...

2.- Le définition du tertiarisme. n'est pas, non plus, très claire. On a dit que ce qui caractérisait le tertiarisme était la notion du processus gommeux, témoignant de l'hyperallergie tissulaire. Or, il peut exister des gommes en pleine roséole. DUPERRAT a publié, à plusieurs reprises, des cas de gommes du crâne contemporaines de la roséole, voire même précédant celle-ci.

3.- Nous avons donc tendance à confondre les deux termes, mais il convient de souligner trois faits essentiels :

a.- l'importance du facteur "terrain" ; c'est ainsi que notre malade présente sûrement des antécédents de rhumatisme articulaire aigu, et probablement des antécédents de tuberculose pulmonaire. Il est à remarquer, d'ailleurs, que l'intradermo-réaction au streptocoque était fortement positive et que le taux des antistreptolysines était élevé.

Ce rôle du terrain est retrouvé dans toutes les anciennes observations de syphilis maligne précoce.

b.- mais la notion capitale semble être la suivante : le contraste remarquable entre le taux très discret, non seulement des réagines, mais encore des immobilisines et l'intensité de la réaction à la lutéine.

C'est là, nous semble-t-il, un ensemble immunologique méritant de retenir l'attention et devant être recherché systématiquement chaque fois que de tels cas pourront se présenter.

c.- enfin, sur le plan pratique, il convient certainement de réserver le pronostic. Nous croyons que la seule façon d'envisager l'avenir de cette malade du point de vue thérapeutique, pour la mettre à l'abri d'une nouvelle récidive, est de faire un traitement en quelque sorte continu par la Pénicilline : trois ou plutôt quatre cures annuelles, pendant une durée indéfinie.

Ces cas sont tout différents des syphilis communes et exigent certainement un traitement beaucoup plus intense et prolongé.

# CONCLUSIONS

# CONCLUSIONS

L'étude de ce cas de syphilis ulcéreuse précoce nous a amenés à rapprocher la syphilis maligne précoce et le tertiarisme précoce en ayant tendance, à propos de notre malade, à les confondre.

Nous avons, d'autre part, été conduits aux déductions suivantes :

1.- L'avènement de la pénicillinothérapie a grandement facilité la thérapeutique de cette forme de syphilis.

Malgré ce fait, il faut tout particulièrement insister sur l'insuffisance d'un traitement unique et de courte durée à prévenir les récidives qui sont essentiellement dépendantes de la malignité particulière de cette forme et du terrain sur lequel elle se développe.

Il faudra que le traitement antibiotique soit proportionnel à l'intensité de la malignité de l'éruption et à son contexte et qu'il se prolonge bien au-delà de la guérison.

2.- L'étude immunologique qui a été pratiquée montre un important contraste entre le taux très discret non seulement des réagines, mais encore, fait nouveau, des immobilisines et l'intensité de la réaction cutanée à la lutéine.

Il y a là un remarquable ensemble immunologique qui mérite de retenir l'attention, aussi bien sur le plan diagnostique que pour permettre des déductions d'ordre pathogénique.

Ainsi, sans vouloir par trop modérer l'enthousiasme qu'a fait naître la thérapeutique moderne dans la lutte contre la syphilis, il est utile de noter l'existence encore possible de formes graves, nécessitant une grande attention thérapeutique, l'utilité de traitements prolongés (chimiothérapiques ou antibiotiques), la voie restant ouverte dans la recherche des causes intimes de la malignité particulière de cette forme illustrée par l'histoire de notre malade.

VU & PERMIS d'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de
PARIS :

J. SARRAILH

Le Doyen de la Faculté
de Médecine :

L. B I N E T

Le Président de la
Thèse :

D E G O S

# B I B L I O G R A P H I E

# BIBLIOGRAPHIE

BALZER et MARIE
Syphilis maligne , chancres ulcéreux du gland et du méat angine diphtéroïde , gommes précoces.
Soc. de derm. p. 52, 3.3.1910

BASSET(André).
Syphilides ulcéreuses
Thèse Paris 1941.

BEESON (B.B.) et EBERT(M.H.)
Rupioid syphilis
Arch. Derm. and syphil. 3-p.440 9/1953.

BESSONE (Luigi)
Contribution clinique à la connaissance des formes atypiques et rares des lésions syphilitiques initiales.
Arch. Ital. di Derm. Syph. e Vener. 20-1 pp. 132-147 1948

BIANCO (A.)
Malignant and Bénigns forms
Rev. Paulista Med. 38-103 à 107 2.1951.

BROUSSE
Syphilis maligne précoce et infection pulmoneire associée
13ème Congrès Intern. de Médecine
Section de Derm. p. 713. 1900.

BUCHWALD (H.)
Reinfection in Prostitutes
Arch. Derm. M. Syphil. 182 pp.27-33 1951.

CARRERA (L.L.) - SEONE (M.) - MOSTO (A.).
Recidivation of early malignant syphilis
Rev. Argent. Derm. Syphil. 35 pp. 23 -235 10 et 12/1951.

DUPERRAT - GOLE - DAGUET - P. KAUFMANN
Soc. Derm. 14 Février 1957.

DEGOS (R.)
Dermatologie p. 733 Flammarion-Paris 1953.

FOX (H.)
Ulcérating nodular Syphil.
Arch. Derm. and Syphil. 37-N° 5 pp. 899 1938

GATE (J.) MICHEL (P.L.) et BRUNERIE
Syphilis précocement récidivante avec éléments secondo-tertiaires, psoriasiformes.
Bull. Soc. Fse de Derm. et syphil.
Revue de Lyon n° 5 p. 713 5 1935

GAUCHER et LOUSTE
Communication à la Société de Dermatologie
Etat récapitulatif de 1907 (p.468)

GIRARD et JAUBERT
Formes atypiques précoces de la syphilis
Bull. Soc. Fse de Derm. et syphil.
59-pp. 501-502 Nov. Déc. 1952.

GOLE (L.)
Encyclopédie médico-chirurgicale
Dermatologie 1 0 42 B 90 1e 1957

GOUGEROT (H.) PATTE (A.) et WIX
Syphilis maligne précoce, anallergie
Arch. de Dermat. et syphil. 7 n° 1 p. 114 3.1935

HADIDA (E.)
Un cas de syphilis secondaire fébrile
Cahier méd. de L'union Fse 2 N° 15 pp. 759-760 12/1947

HAME (L.)
Syphilis maligne précoce
Bull. Méd. Milit. Fse 30 n° 7 p.279 7/1936

LEES (R.) et FOWIER (W.)
Malignant syphilis , fatal case
Brit. Med. Journ. 1-45 6.3.1948

MARTY de CARDENAS (E.)
Early malignant syphilis case
Bull. Hops. Pol. Nac. 1-pp. 137-142 11/1942.

MARTY de CARDENAS (E.)
Early malignant syphilis case
Inf. Med. 7-pp. 32-37 3.1943

MARSHALL (James)
Suppression de la syphilis et du tertiarisme précoce
Brit. Med. Journ. n° 4528 pp. 612-613 10/1947.

MILIAN et MICHAUX
Syphilis maligne précoce
Rev. Fse de Derm. et Vénér. p. 84 1929

MILIAN
Syphilis Maligne précoce
Rev. Fse de Derm. et Vénér. p. 336 1930.

MILIAN
Syphilis maligne précoce ; manifestations ulcéreuses ultérieures . Rev. Fse de Derm. et Vénér. p. 226 5/1930.

MILIAN
Nouvelle pratique dermatologique
Tome II p.857 1936

ORY
Recherches cliniques sur l'étiologie des syphilis malignes précoces.
Baillière 1875

SCOTTI (G.)
Malignant syphilis case
Progresso medico di Napoli 4 N° 12 pp. 361-367 30.6.1948

SIMERAY
Thèse Lyon 1953

WIHLEM (L.F.X.) et SCHOLTZ (J.R.)
Extensive ulceration in wholly untreated syphilis
Arch. Derm. e syphil. 34 N° 2 p.242 8.1936

ZUGERMAN
Pustular rupial syphilis
Arch. Derm. e syphil. 41 n° 5 p.980; 1940.

# TABLE des MATIERES

## TABLE des MATIERES

| | | Pages |
|---|---|---|
| I.- | Introduction ..... | 1 |
| II.- | Historique ..... | 3 |
| III.- | Description de la SYPHILIS MALIGNE PRECOCE .. | 5 |
| IV.- | Observation ..... | 10 |
| V.- | Discussion de notre observation ..... | 19 |
| VI.- | Conclusion ..... | 21 |
| VII.- | Bibliographie ..... | 22 |

## TABLE des PLANCHES

| | | |
|---|---|---|
| I.- | Planche des Photographies ..... | 13 bis-13 ter |
| II.- | Tableau des Réactions Sérologiques ..... | 18 |